



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JACQUELINE GONZALEZ VEGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jacqueline Gonzalez Vega**

Correo electrónico institucional: **jagonzalez@sersalud.cdmx.gob.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de México**

Fecha: **3 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Prfesional Técnica**

Fecha: **16 de Octubre de 2009**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Telesecundaria**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Emmanuel Kant**

Fecha: **25 de Julio de 2005**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. 5 de Febrero Esq. Vicente Villada**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Gustavo a. Madero**

Número exterior: **s/n**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Colonia/Localidad: **Villa Gustavo a. Madero**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Enfermeras "a"**

Código postal: **07050**

Especifique función principal: **Otro - Funciones Administrativas de Enfermería**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7010**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefa de Enfermeras**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Ortho Perisur**

Fecha de ingreso: **25 de Julio de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2020**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **OFA100909LT8**

Lugar donde se ubica: **México**

---

### **Ingresos netos del declarante**

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)  
(Cantidades netas después de impuestos): **401,339.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **401,339.00**